Aus der Prov.-Irrenanstalt Plagwitz (Schlesien)
(Director Dr. Petersen-Borstel)

Folgeerscheinungen nach Strangulationsversuch bei einer Geisteskranken.

Krämpfe, Amnesie, Aphasie, Monoplegie, Heilung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

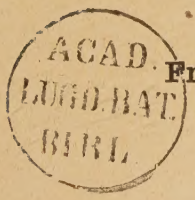
einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Friedrich Seemann,
Assistenzarzt.



Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 25. Januar 1905.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flechsig.

Folgeerscheinungen nach Strangulationsversuch bei einer Geisteskranken.

Krämpfe, Amnesie, Aphasie, Monoplegie, Heilung.

Im Folgenden gebe ich die Krankengeschichte einer Frau wieder, die ich in der Prov.-Irrenanstalt Plagwitz (Schlesien) selbst zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Kaufmannswitwe Pauline Z. (J.-N. 2374) ist 48 Jahre alt. Sie stammt aus gesunder Familie, entwickelte sich geistig und körperlich in normaler Weise, genoss Volksschulbildung, war eine gute Schülerin, von ruhigem Temperament und gutmütigem Wesen. Ernstliche Krankheiten hatte sie nicht durchzumachen. Die menses traten im 19. Lebensjahre zum erstenmal auf und sollen nie besondere Abweichungen von der Norm gezeigt haben. Seit Mai 1903 sind sie fortgeblieben. Mit 28 Jahren heiratete Patientin und gebar zwei gesunde Kinder. — Ihr Mann, der Inhaber eines gutgehenden Porzellanwarengeschäfts und in sehr guten Vermögensverhältnissen war, starb im April 1903. Der Todesfall erschütterte Patientin sehr, sie bekam häufig nervöses Herzklopfen und brauchte mehrere Wochen, bis sie sich wieder im Geschäft betätigen konnte, das sie allein fortführte. Im Juli 1903 erkrankte ihr Sohn schwer. Die Angst um ihn und anstrengende Nachtwachen übten einen sehr ungünstigen Einfluss auf ihr seelisches Befinden aus, sie wurde seit dieser Zeit eine grosse Traurigkeit nicht los, wurde verschlossen, quälte sich mit Selbstvorwürfen „da sie an dem ganzen Unglück schuld sei“ und verfiel in

völlige Energielosigkeit. Mitte September 1903 zeigte sie eine tiefe Niedergeschlagenheit, traurige Verstimmung, Unruhe, sie weinte und jammerte viel, schlief schlecht und wies zeitweise die Nahrung zurück. Ihre Gedanken bewegten sich immer in demselben Kreise: sie sei eine ganz sündige, schlechte Person, zu gar nichts mehr nütze auf der Welt, eine dreifache Mörderin, die bloss verdiene vergiftet zu werden; sie ruiniere ihre armen Kinder, weil sie das Geschäft allein nicht halten könne, sie würden allesamt noch auf die Strasse geworfen werden. Dazu plage sie ein böser Geist, der ihr an der Kehle sitze, ihr alles Ueble antue und ihr eine Unannehmlichkeit nach der andern auf den Hals schicke; sie hatte schreckhafte Illusionen, glaubte z. B. beim Geräusch eines Wagens, der böse Geist wolle sie holen. Nachdem sie mehrfach, zuletzt in einem Sanatorium, Selbstmordversuche unternommen hatte, wird sie am 25. 9. 03 in die Prov.-Irr.-Anst. Bunzlau aufgenommen.

Dort ist sie dauernd ängstlich, jammert und weint viel, „der Leib ist bis oben voll, die Gedärme müssen platzen, schneidet mir doch den Leib auf". Längere Zeit muss sie durch die Sonde ernährt werden und jammert über diese „Quälerei", sie könne nicht essen, sei bis oben voll, sie könne nicht die Zunge herausstrecken, sie bekomme keine Luft. Mitte Dezember 1903 wird die motorische Unruhe stärker, die Kranke streckt fortwährend die Zunge heraus „um Luft zu bekommen" und war von da an fast anhaltend in heftiger ängstlicher Erregung.

Am 16. 5. 04 wird Patientin in hiesige Anstalt überführt. Sie ist in grosser Unruhe, widersetzt sich energisch allen Massnahmen (Dauerbad) und bietet ein geradezu abstossendes Bild dadurch, dass sie dauernd Kaubewegungen macht, die verdickte Zunge vor dem zahnlosen Munde hin und her wälzt

und den Speichel herausfliessen lässt. — Die körperliche Untersuchung ergibt nichts besonderes; speziell am Herzen und an den Gefässen sind keine krankhaften Veränderungen wahrzunehmen, Anästhesien oder Parästhesien der Haut bestehen nicht, die Reflexe sind erhalten. — Die Kranke drängt ruhelos hin und her, weint, stöhnt und jammert oft lange Zeit z. B. „Ich hab ja kein bissel Atem mehr. Ihr sollt mich tot machen. Ich kann doch nicht ewig leben. Ist es wahr, dass ich 100 Jahre hier bleiben soll? Erlösen Sie mich doch!“ usw. Bisweilen lässt sie sich zu einer ziemlich geordneten Unterhaltung bringen, wobei sich zeigt, dass sie zeitlich und örtlich gut orientiert ist und dass bemerkenswerte Gedächtnis- oder Intelligenzdefekte nicht vorhanden sind. — In den ersten Monaten ihres hiesigen Aufenthalts bleibt ihr Verhalten ziemlich gleichmässig, der Affekt zeigt geringe Schwankungen. Sie läuft meist händeringend, jammernd und heulend im Hemd im Saale umher und ergeht sich stundenlang in lauten Selbstanklagen und Bitten, sie doch tot zu machen, sie mit ihren Kindern in den Kartoffelacker zu legen, sie in den feurigen Ofen zu werfen; sie sei der schlechteste Mensch, müsse ewig leben usw. Sie wird gelegentlich aggressiv gegen die Wärterinnen, ist ohne Gefühl für Scham und äusserst unsauber. Der Appetit ist ausgezeichnet, der Schlaf wenig gestört.

Von dem Ablauf ihrer Gedanken geben ihre zahlreichen Briefe an die Angehörigen ein gutes Bild. Einen charakteristischen will ich in seinen Hauptsachen wiedergeben: „Dein Packet hab ich erhalten und danke Dir herzlich dafür. Die Weinbeeren sind vorzüglich, so schön süss, ja das ist auch ein Sommer wie selten, der ist für den Weinbau wie geschaffen, im Frühjahr kein Frost und den ganzen Sommer so schön warm, leider hört nur das Essen auch auf, ach Gott, ich bitte doch nur um den Tod so flehentlich und die Herren

wollen mich gar nicht erhören, es ist ja zu grauenhaft, was ich über mich und meine Kinder gebracht habe . . . ich bin ja ein zu grosser Verbrecher, der grösste von der Erde, ich weiss ja, dass wir uns zu Hause sollten tot machen, wenn ich ein Jahr zurück könnte, da wär uns geholfen, denn zu Hause wird doch eher eine Hilfe zuteil, viel ist ja Mutter schuld, zu Hause, wo ich mir das Leben nehmen wollte, hielt sie mich immer wieder und schloss mich ein und dann fuhren sie uns auf einmal nach B. und nun gar noch hierher zu Geissel der ganzen Welt. Der Fall existiert nur einmal, leider dass er mich betrifft . . . ich Schuft hatte ein schönes Heim und hab es so gemissbraucht, dass ich heut im grössten Zuchthaus der Welt bin und nackt daliege . . . doch denkt niemand daran zu helfen, im Gegenteil, es macht ihnen Vergnügen uns mächtig zu schinden, die Kinder können nun kein Fest mehr feiern, Alles ist uns verschlossen mit dicken Türen . . . und jetzt ist man so entsetzlich unglücklich, Du treibst auch noch Deinen Spott mit mir indem Du schreibst: Gut Ding will Weile haben . . . in den Himmel können wir nie und nimmer kommen.“ — Besuche ihrer Angehörigen steigern regelmässig ihre Erregung bis zu den leidenschaftlichsten Gefühlsausbrüchen.

Ende September ist sie etwas ruhiger, liest viel, bringt ihre depressiven Wahnideen seltener vor, macht aber nach wie vor, anscheinend schon ganz automatisch, die Bewegungen mit der Zunge, z. B. wenn sie in die Lektüre vertieft ist. Im Schlafe hören sie auf. Diese ruhigere Phase dauert aber nur einige Tage, dann ist die Kranke wieder in der früheren Verfassung. Sie uriniert in die Spucknäpfe, auf den Fussboden, lässt die Exkremente in die Kleider, rutscht auf den Knien, händeringend hinter mir her, sucht sich festzuklammern und heult in der alten Manier: „Man ist doch kein Stück Vieh.

Sie können sich doch denken, dass das nicht auszuhalten ist. Was hab ich schon ausgestanden, ich bin voll Beulen, muss als Hund hier sein, als Hund, als Hund, und hab so viel Geld zu Hause, was soll denn mit dem Körper werden, wenn ich noch soll länger hier bleiben, ich kann ja nichts essen und nichts trinken, ich komme ja nicht in ein Grab, erlösen Sie mich doch, lassen Sie mich in kleine Stücke hacken" usf. Sie entwickelt einen wahren Heisshunger, scheut sich nicht, anderen Kranken das Essen zu stehlen, belästigt die Mitkranken, indem sie den Speichel auf die Betten und in die Essschüsseln fallen lässt und benimmt sich in jeder Beziehung scham und rücksichtslos. An einem Vormittage trinkt sie 16 Becher Wasser, weil sie „innen verbrannt" sei.

Von Anfang Oktober an ist sie fast ohne Unterbrechung in hochgradiger Erregung brüllt stundenlang: „ich kann's nicht mehr ertragen, macht mich tot!", wälzt sich im Saale umher, zieht unter schrecklichem Geräusch gewaltsam Luft ein, wobei sie die Atmung beschleunigt, ist unsauber mit Kot und Urin. Nach einem Besuch der Mutter Ende Oktober brüllt und schnauft sie, bis sie heiser ist, rennt, nur mit dem Hemd bekleidet, im Saale umher und sucht sich die ganze Faust in den Mund zu stecken. Der Mutter macht sie später in einem Briefe Vorwürfe, dass sie sie bei dem Besuche nicht tot gemacht habe, sie solle „nicht Kirmessen feiern, sondern sie lieber erlösen." Am 18. 11. schreibt sie „an den Scharfrichter Krautz in Magdeburg": „In grösster Verzweiflung komme ich mit der Bitte, umgehend zu mir zu kommen, um eine Hinrichtung an mir zu vollziehen, ich bin das Leben müde und selber kann ich mich nicht tot machen, als Lohn erhalten Sie 1000 Mark . . . . bitte kommen Sie mit dem Schnellzuge, ich erwarte Sie bestimmt morgen, Freitag, in der Sache, es ist dringend nötig." Am folgende Tage ähnliches

Schreiben an den Scharfrichter Schwietz. Am 22. 11. zerschlägt sie einen Porzellanbecher und bringt sich mit den Scherben oberflächliche Risse an den Händen und am Unterleib bei und tobt fürchterlich, als sie ins Dauerbad gebracht wird, wo sie bis zum 24. verbleibt. Am folgenden Tage können aus äusseren Gründen keine Bäder verabreicht werden, sie bleibt deshalb zu Bett.

Am 25. 11. 04. gegen $1^3/_4$ Uhr nachmittags erhängt sich die Kranke im Abort, der infolge Unachtsamkeit des Personals nicht abgeschlossen worden war, indem sie einen abgerissenen Bettsaum durch 2 an der Ventilation angebrachte Ringe zieht und sich, wahrscheinlich auf dem Sitzbrett kniend in die Schlinge fallen lässt. Wie lange die Stangulation dauerte ist mit Sicherheit nicht festzustellen. Als sie abgeschnitten wird, erscheint sie leblos, fühlt sich kalt an, Puls und Atmung fehlen, das Gesicht ist bläulich verfärbt, Kot und Urin sind abgegangen. Die sofort in Angriff genommenen Wiederbelebungsversuche haben nach etwa $^1/_2$ Stunde den Erfolg, dass die Kranke röchelnd zu atmen beginnt und der Puls fühlbar wird. Die Augen sind geschlossen, sämtliche Reflexe erloschen. Nach etwa zweistündigen Bemühungen erfolgen die ersten Reaktionen: beim Bürsten der Fusssohlen spannen sich die Beinmuskeln. Um $^1/_2$5 Uhr ist der Puls stark beschleunigt (160 in der Minute), die Atmung spontan und ergiebiger. Das Gesicht ist noch cyanotisch verfärbt, der Cornealreflex nur vorübergehend angedeutet, die Pupillen sind maximal erweitert und lichtstarr. Um diese Zeit treten gleichmässig in allen Muskeln tonische Krämpfe auf, die Hände sind zur Faust geballt, die Füsse in Equinusstellung, Opisthotonus ist zeitweise angedeutet. Nach etwa 20 Minuten folgt ein Stadium allgemeiner motorischer Unruhe: die Kranke wälzt sich unter Stöhnen hin und her, macht stossende Bewegungen mit Armen

und Beinen, die unzweckmässig aber coordiniert sind. Zeitweise macht es den Eindruck, als wenn sie sich absichtlich nach der rechten Seite von der Matratze rollen wollte, sodass sie mit Gewalt gehalten werden muss, es besteht aber noch völlige Bewusstlosigkeit, die Pupillen sind noch immer lichtstarr, die Patellarreflexe gesteigert.

Um 5^{30} tritt plötzlich Ruhe in der Jactation ein und es zeigen sich Verfallserscheinungen, Blässe des Gesichts, röchelnde oberflächliche Atmung, flatternder Puls. Als ihr die Zunge vor dem Mund gezogen wird, bessert sich die Atmung, der Puls wird kräftiger, allmählich fängt das Gesicht an sich zu röten, bei Nadelstichen erfolgt prompte Reaktion.

Um 6^{30} liegt die Kranke ruhig da, atmet ausgiebig, auch wenn die Zunge im Munde gelassen wird, der Puls ist weniger beschleunigt (100 in der Minute) und kräftig, der Mund wird öfter auf- und zugeklappt, die Zunge zeigt sich bisweilen und macht Bewegungen die an die oben öfter erwähnten erinnern. Auf Anruf fängt sie an zu reagieren, indem sie einen grunzenden Laut von sich gibt. Temperatur 38,4. Der Patellarreflex ist beiderseits gesteigert. Die Pupillen sind noch lichtstarr.

7^{30}. Das Sensorium ist ziemlich frei, die Kranke wird allmählich klar, sie orientiert sich, sieht und hört gut, verfolgt die Vorgänge in der Umgebung mit wachsendem Verständnis, versucht auf Fragen zu antworten, kann sich aber nicht verständlich machen. Die Sprache ist gestört. Den Sinn der an sie gerichteten Fragen versteht die Kranke offenbar: sie gibt auf Wortfragen durch Nicken oder Schütteln des Kopfes sinngemäss Antwort, will sie aber sprechen, so wiederholt sie nur immer denselben Laut, der die 2 Silben „Baben“ darstellt. Sie gibt diesen Silben, indem sie sie hinter einander reiht durch verschiedene Betonung den Rythmus von Worten und

Sätzen und erwartet anscheinend, dass man sie verstehe. Vorgesprochene Silben und Worte kann sie anfänglich nicht nachsprechen, vielmehr gibt sie bei dem Versuch dazu dieselben Laute von sich wie oben („Baben“). — Die Pupillen sind noch erweitert, reagieren aber (träge) auf Lichteinfall. Bei den Versuchen der Kranken sich aufzurichten fällt auf, dass sie den rechten Arm nicht gebraucht. Es stellt sich heraus, dass er völlig gelähmt ist. Der Facialis und der Hypoglossus sind nicht betroffen. Das rechte Bein ist funktionsfähig. — Vorgehaltene Gsgenstände erkennt sie, wie man daran sieht, dass sie sie richtig gebraucht, ebenso werden tactile und akustische Reize richtig erfasst. Sie ist leicht ermüdet und wendet sich oft ärgerlich ab, wenn ihr Kauderwelsch nicht verstanden oder ihr das Fragen zu viel wird.

Die Kranke hat grosses Schlafbedürfnis, wirft sich aber in der ersten Hälfte der Nacht oft unruhig hin und her, arbeitet viel mit der Zunge in der früher beobachteten Weise, peroriert viel mit den ihr zur Verfügung stehenden zwei Silben und verlangt oft zu trinken. Im letzten Teil der Nacht schläft sie mit kurzen Unterbrechungen gut.

Am 26. 11. morgens 7^{30} spricht Patientin nicht nur vorgesprochene Silben und Worte deutlich nach, sondern verfügt auch schon über einen gewissen Wortschatz, nachdem sie schon am späten Abend des 25. 11. mit Anstrengung einige Silben nachgesprochen und im Laufe der Nacht „ja“, „nein“, „Doktor“ spontan gebraucht hatte. Von nun an hebt sich das Sprachvermögen sehr schnell, sodass sie zu Mittag im nahezu unbehinderten Besitz der Sprache ist; auch ziemlich glatt lesen kann.

Sie klagt über „trockenes Gefühl“ im Halse und Schmerzen im ganzen Körper, der Kopf sei wie zerrissen. Sie ist sauber, bleibt ohne Widerstreben in dem ihr angewiesenen Einzelzimmer und kommt den ärztlichen Anordnungen bereitwillig

nach. Mit Bezug auf den gelähmten Arm fragt sie, ob ein Wagen über sie weggegangen sei. Von dem Strangulationsversuch erwähnt sie nichts. Einige wunde Stellen an den Beinen (vom Frottieren herrührend) glaubt sie durch Verbrennung mit Spiritus entstanden. Sie bringt oft die Zunge in der altgewohnten Weise aus dem Munde, hält sie aber auf Zureden zurück und gibt sich auch ohne dies offenbar Mühe diese Bewegung zu unterlassen. Bisweilen jammert sie, sie sei ein „Häufel Unglück“ und ähnliches, zeigt sich aber freundlichem Zuspruch zugänglich wie nie zuvor. Sie weist nicht wie früher alle Hoffnung auf Besserung zurück, spricht nicht mehr davon, dass man sie totmachen solle, verlangt vielmehr nach Hause. — Die Aufnahme von (flüssiger) Nahrung ist nicht behindert, die Ausscheidungen sind in Ordnung. Die etwa 1 cm breite, braunrote Strangulationsmarke geht vom oberen Rande des Zungenbeins nach links in flachem Bogen bis zum Processus mastoideus, nach rechts verläuft sie horizontaler und ist nur bis zum Musc. sternocleidomastoideus zu verfolgen. Im Gesicht besonders an der Stirn finden sich zahlreiche kleine Blutaustritte, ebenso 2 etwa linsengrosse unter der linken Conjunctiva bulbi. Die linke Pupille > rechte, Reaktion auf Licht ist beiderseits vorhanden (mittags). Die Augenbewegungen sind frei. Die Sensibilität ist überall zurückgekehrt. Die Finger der gelähmten rechten Hand können in minimalen Grenzen bewegt werden, sodass die Kranke am Nachmittag bei guter Unterstützung des rechten Armes richtig, wenn auch zunächst unbeholfen, schreiben kann. Vorher war die Schreibfähigkeit nicht zu prüfen. Der Patellarsehnenreflex ist beiderseits noch etwas gesteigert. An dem gelähmten Arm ist durch Beklopfen der Tricepssehne eine schwache Kontraktion auszulösen, links nicht.

27. 11. Patientin hat wenig geschlafen. Reger Appetit.

Klagen über „rauhes Gefühl“ im Halse. Körpertemperatur normal. Die Pupillendifferenz sehr deutlich. — Die Orientierung in der Zeit ist verloren gegangen. Nach dem Datum gefragt, rät die Kranke unsicher hin und her, während sie es sonst genau kannte. Seit wann sie allein in dem Zimmer liege? „Das muss doch schon etliche Tage sein“. — Ob in den letzten Tagen etwas Absonderliches passiert sei? „Ich lieg doch schon lange hier, was soll da passieren?“ — Wann sie zuletzt das Kloset besucht habe? „Das muss doch ein paar Tage her sein“. — Was sie gestern zu Mittag gegessen? (ohne Ueberlegung): „Linsen und Blutwurst“. — Sie findet solche Fragen „unnötig und komisch“.

Dass sie an zwei Scharfrichter geschrieben (18. u. 19. 11.) weiss sie auch auf direktes Befragen nicht, ebenso hat sie eine ihrerseits sehr lebhaft geführte Auseinandersetzung mit mir über eine an ihre Tochter gerichtete Karte (am Morgen des 24. 11.) vergessen, dagegen gibt sie spontan an, dass ein Brief aus Amerika an sie zurückgekommen sei (8 oder 9 Tage vor dem Suicidversuch), kann aber nicht sagen, wann das war. Den Hautriss über den Unterleib erklärt sie durch Kratzen mit dem Fingernagel entstanden; von dem zerbrochenen Becher weiss sie nichts. Die Wunden an den Beinen führt sie heut auf eine Einwickelung zurück und ist erstaunt, als ihr ihre gestrige Erklärung vorgehalten wird. Ebenso weiss sie heute nicht, dass sie gestern glaubte überfahren worden zu sein, behauptet vielmehr heute, die Lähmung des Armes käme von einer Einpackung her, die sie „vor längerer Zeit“ bekommen habe.

Sie ist ausserordentlich redselig, erzählt viel von ihren Angehörigen, gibt auf Befragen, wie früher genaue Daten aus der weiter zurückliegenden Zeit, weiss z. B. dass ihre Mutter sie zuletzt am 24. X. besucht hat und drängt sehr stark nach

Hause. „Mir geht es doch gut. Nicht wahr, wenn die Beine geheilt sind, schaffen Sie mich fort, dann sind Sie mich los. Das ist das allereinfachste. Sehen Sie mal, meine Schwester hat eine schöne warme Stube und 9 Kinder zu besorgen, da kann ich mich wenigstens nützlich machen", usw.

Convulsionen sind nicht mehr aufgetreten.

Hemianopsie ist nicht nachzuweisen.

2. XII. Das Wesen der Kranken wird von Tag zu Tag geordneter und freundlicher. Sie hält mehr auf ihr Aeusseres, bringt selten noch einmal die Zunge zum Vorschein mit der Begründung, das sei nun doch mal ein „organischer Fehler", verlangt niemals mehr (auch in ihren übrigens völlig korrekten Briefen nicht), dass man sie tot mache, äussert aber gelegentlich, sie komme nicht in den Himmel, weil sie viel gesündigt habe. Durch ihr ständiges Verlangen nach Hause wird sie zuweilen lästig.

Die Strangulationsmarke wird ihr im Spiegel gezeigt: sie erklärt sie durch Reibung der Nachtjacke entstanden. Ob sie je die Absicht gehabt habe, sich das Leben zu nehmen? „Zu Hause ja und auch in L." (Sanatorium). Hier nicht? „Nein. Ich hab' ja gar nichts dazu gehabt." — Der Schlaf ist noch mangelhaft. Pupille links > rechts. Wenig ergiebige Lichtreakfion. Die Lähmung des rechten Armes zeigt die Tendenz sich zurückzubilden.

9. XII. Patientin ist inzwischen auf eine ruhige Station gebracht worden, zeigt sich sehr dankbar dafür, benimmt sich ganz korrekt, verletzt nie die Schicklichkeit, behält die Zunge ohne Anstrengung dauernd im Munde, nimmt lebhaften Anteil an den Vorgängen auf der Abteilung, liest, schreibt viel an ihre Angehörigen, äussert keinerlei depressive oder sonstige Wahnideen. Sie erinnert sich jetzt an einen Scharfrichter geschrieben zu haben, weiss aber nicht, wann und auch nicht, dass sie

zwei Briefe geschrieben hat. „Das war eine Idee, die sich ja nicht ausführen lässt. Das werden Sie wohl nicht fortgeschickt haben. Man macht halt manchmal, was nicht brauchte zu sein. Ich war damals so verzweifelt.“ — Auch jene Unterredung wegen einer Postkarte an ihre Tochter fällt ihr wieder ein.

In einem Briefe bittet sie ihren Schwager, sie aus der Anstalt zu nehmen „da ich doch körperlich ganz gesund bin und mein geistiger Zustand ist doch jetzt, nach meinem Ermessen, auch klar . . . . dass Ihr dahin wirkt, dass ich wieder zu Euch kommen soll, das schafft mir neuen Lebensmut. Ich will glücklich sein, wenn ich wieder zu Hause wirken kann.“

Auf Befragen erzählt sie, „es habe bei ihr damit angefangen, dass sie glaubte, es ginge nicht mehr, es lange nicht mehr.“ Das sei „Unsinn“ gewesen, denn wenn auch das Geschäft nicht so gut gegangen sei wie zu Lebzeiten ihres Mannes, so langten doch 1000 Taler bei freier Miete für eine Frau und zwei Kinder vollständig. Diese Einbildung sei eine „Schwäche“ von ihr gewesen. Damals habe sie tatsächlich die Absicht gehabt ins Wasser zu gehen, habe auch versucht aus dem Fenster zu springen, sei aber daran gehindert worden. Sie erinnere sich noch genau an Einzelheiten aus der Anstalt B., z. B. an die Sondenfütterungen, an die Zelle u. s. w., wisse auch, dass sie hier viel geweint und gejammert und „viel Wirtschaft“ gemacht habe, weil ihr das Leben unerträglich schien, dass sie oft auf den Knieen umhergerutscht und unsauber gewesen sei. Sie habe geglaubt, dass sie keine Luft bekäme, weil die Zunge „ein bissel dick“ war. „Jetzt ist es besser, weil ich mich gewöhne durch die Nase zu atmen.“ Sie habe sich das Herausstrecken der Zunge angewöhnt, als sie in B. durch die Sonde gefüttert wurde.

12. XII. Gestern hatte die Kranke Besuch von Vormund (Schwager) und Gegenvormund. Sie benahm sich durchaus

korrekt, äusserte Genugtuung, dass man die Besserung ihres Zustandes anerkannte und fügte sich ohne Widerstreben, als ihr Wunsch, gleich mit nach Hause genommen zu werden, nicht erfüllt wurde.

So einsichtig sie ihrer Erkrankung gegenüber im allgemeinen ist, so bleibt sie zunächst dabei, dass die Lähmung des rechten Armes von einer Einwickelung herrühre. Es wird ihr deshalb gesagt, dass der Schaden auf einen Erhängungsversuch zurückzuführen ist und die näheren Umstände werden ihr vorgehalten. Dem gegenüber findet sie zunächst nur Ausrufe wie: „Da stehe ich vor einem Rätsel". „Das fass ich nicht. Das fass ich halt nicht." Zu Hause habe sie es wohl versucht, „aber dass ich hier sollte . . . . das fass ich überhaupt nicht. Dazu war ja im Kloset gar keine Gelegenheit." Auf Vorhalt erinnert sie sich dann der „zwei Ringel" an der Ventilation, kann aber nicht sagen, was sie mit ihnen gemacht hat, weiss auch nicht, ob sie die Absicht gehabt habe sich zu erhängen. „Das ist mir alles ganz unklar. Ich kann nicht anders sagen." — Am Ende ist sie aber noch nicht von dem Zusammenhang von Lähmung und Strangulation überzeugt, hält vielmehr an ihrer Ansicht fest „weil es in den Gelenken sitzt", obgleich sie zugiebt, „in der Sache Laie" zu sein.

19. XII. Der Unterarm ist ziemlich frei beweglich, der Oberarm kann nur wenig gehoben werden, besonders die Abduction ist stark behindert. — Sie fängt an ihre Ansicht über die Entstehungsweise der Armlähmung zu korrigieren: „wenn es alle sagen, muss ich's ja glauben. Ich weiss eben nichts davon." — Auf die Frage nach Sinnestäuschungen, speziell ob sie ihre Kinder gesehen oder vielleicht jammern gehört habe, da sie doch öfters von ihnen gesprochen habe: „Ach Gott bewahre, das hab ich in meiner Angst bloss angenommen." — Für den Suicidversuch besteht noch Amnesie. Die Besserung

in ihrem Befinden bringt sie aber jetzt selbst mit ihm in Verbindung und bemerkt scherzend, das sei ja dann auch ein gutes Mittel für die anderen Kranken.

1. I. 05. Patientin wird heute auf Wunsch ihrer Angehörigen entlassen. — Das Allgemeinbefinden ist sehr gut. Die Parese des rechten Armes hat sich bedeutend gebessert und wird voraussichtlich völlig schwinden. — Der Status psychicus ist so, dass man von einer Heilung der Psychose sprechen kann. Es besteht volle Krankheitseinsicht, Defekte sind nicht nachzuweisen, die Affektlage ist normal, an Stelle der Depression ist eine heitere Zuversicht getreten.

Die Amnesie für den Strangulationsversuch und die Vorbereitungen dazu ist noch vorhanden, auch die Erinnerung an den zweiten Brief an den Scharfrichter ist nicht wiedergekehrt.

Die Zusammenfassung der Hauptpunkte der ausführlichen Krankengeschichte ergibt etwa folgendes.

Bei einer körperlich rüstigen, im Beginn des Rückbildungsalters stehenden Frau ohne nachweisbare erbliche Belastung entwickeln sich im Anschluss an traurige Familienereignisse Depression, Energie- und Schlaflosigkeit, Unruhe und Versündigungswahn. Suicidversuche führen die Kranke in Anstaltsbehandlung. Im Vordergrunde des voll entwickelten Krankheitsbildes stehen qualvolle, ängstliche Unruhe, depressive und hypochondrische Wahnideen und ein ungewöhnlich lebhaftes Taedium vitae. Häufig kommt es zu masslosen Affektausbrüchen. Sinnestäuschungen fehlen. Die Orientierung ist immer gut, die Wahrnehmung an sich nicht gestört, Intelligenz und Gedächtnis sind im ganzen erhalten.

Diese Symptome gehören ohne Zweifel zu dem klinischen Bilde der Melancholie. Es fragt sich aber, ob es sich um eine reine Form der Melancholie handelt. Differentialdiagnostische

Erwägungen lassen an einen katatonischen Depressionszustand der Rückbildungsjahre denken: die stereotypen Zungenbewegungen, die an Negativismus erinnernde Nahrungsverweigerung können diesen Gedanken nahe legen. Aber beide Symptome stehen m. E. mit der Angst und den Wahnbildungen der Kranken im engsten Zusammenhang, ausserdem liess sich das Wälzen der Zunge durch Zureden, wenigstens vorübergehend, unterdrücken und schliesslich fehlt dem Bilde die gemütliche Stumpfheit der Katatoniker: aus den mündlichen und schriftlichen Aeusserungen unserer Kranken geht ein z. T. sehr reges Interesse, z. B. an ihren Angehörigen, hervor. Eine katatone Grundlage der Geistesstörung halte ich aus diesen Gründen für ausgeschlossen. — Für die Annahme einer Hysterie, deren Vorhandensein inbezug auf die Folgeerscheinungen des Strangulationsversuches von Wichtigkeit wäre, besteht kein Anhalt Es fehlen hysterische Antecedentien, es sind keine Sensibilitäts- und keine Motilitätsstörungen beobachtet, insbesondere keine Lähmungen und keine Krämpfe. — Wenn ich schliesslich noch die Möglichkeit erwähne, dass es sich in unserem Falle um die initiale depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins handeln könnte, so stütze ich mich dabei auf Kraepelin (I.), nach dessen Angaben „ein nicht unerheblicher Teil, namentlich der im Climacterium auftretenden Depressionszustände dem zirkulären Irresein angehören dürfte.“ Einer solchen Annahme steht im vorliegenden Falle nichts im Wege. Da aber aus den weiteren Ausführungen Kraepelins nicht zu entnehmen ist wie aus der einmaligen Depression eventuell mit Sicherheit die Diagnose auf ein zirkuläres Wesen der Erkrankung zu machen ist, so begnüge ich mich mit der Feststellung einer Melancholie und zwar mit Rücksicht auf die stürmischen Erscheinungen und die raptusartigen Zustände einer Melancholia agitata (activa).

Bezüglich der Prognose möchte ich bemerken, dass sich

in dem Krankheitsbilde einige Züge finden, die trotz der noch intakten Intelligenz zu einer pessimistischen Auffassung quoad sanationem einigermassen berechtigen können. Dazu rechne ich den Verlust jedes Schamgefühls auch in den Zeiten geringeren Affekts, die konstante Unreinlichkeit, die auffallend geringe Beeinflussung des Schlafs und das Steigen des Körpergewichts (um 11 kg) während des hiesigen Anstaltsaufenthalts ohne Zeichen einer Besserung des Geisteszustandes.

In den weiteren Ablauf der Psychose hat die versuchte Strangulation eine unerwartete und ziemlich plötzliche Wendung gebracht. Nachdem die unten zu besprechenden unmittelbaren Folgeerscheinungen des Selbstmordversuches vorüber sind, ist die Kranke verändert: die heftige ängstliche Unruhe ist verschwunden, depressive Ideen werden nur ganz selten angedeutet, hypochondrische gar nicht, anstelle des früheren Taedium vitae tritt zunächst ein stürmischer Drang nach Entlassung, die Kranke ist sauber, zeigt korrektes Verhalten und Tätigkeitsdrang, allmählich wird sie hoffnungsfreudig, heiter, spricht mit Einsicht über ihre Krankheit und kann fünf Wochen nach dem Ereignis als geheilt entlassen werden.

Besserungen und selbst Heilungen von Geisteskrankheiten im Anschluss an Erhängungsversuche scheinen nicht so sehr selten zu sein. Wagner (2) macht darauf aufmerksam, dass ebenso wie durch den Strangulationsversuch bei bisher geistig Gesunden Psychosen auftreten können, so andererseits Geisteskrankheiten durch denselben Eingriff beseitigt oder zum mindesten günstig beeinflusst werden können. Er stellt fest, dass das Gehirn dabei ähnlich reagiert wie gegenüber den akuten fieberhaften Erkrankungen. – Dass auch besonders oft Traumen, namentlich Schädelverletzungen, eine ähnliche Wirkungsweise zeigen, ist bekannt. — Auf die günstige Beeinflussung von Psychosen durch Erhängungsversuche weisen auch Lührmann (4) und Ziehen (Lehrbuch der Psych.) hin.

Wagner (l. c.) verfügt unter den 17 von ihm aus der Literatur zusammengestellten Fällen über zwei, die hierher gehören. Im ersten (Féré und Breda) handelte es sich um eine „melancholische Verstimmung". Die Besserung nach dem Strangulationsversuche dauerte nur acht Tage, im zweiten (White) wurde eine Melancholica dauernd gebessert. De Wolf (3) erzählt von einem ungewöhnlichen Selbstmordtriebe bei einem jungen Mädchen. Sie erwachte nach einer misslungenen Strangulation wie aus einem Traum und war genesen. Wagner (l. c.) erwähnt noch zwei Fälle aus eigener Beobtung: im ersten erfolgte bei einer an Halluzinationen und paranoischen Wahnideen leidenden Person in offenbarem aetiologischem Zusammenhange mit einem Erhängungsversuche Heilung, im zweiten (depressive Form des akuten Wahnsinns) vorübergehende Besserung, Lührmann (l. c.) vermerkt bei einem Melancholiker den günstigen Einfluss eines Strangulationsversuches. Anscheinend handelte es sich um Heilung Eine Besserung der Psychose nach Erhängungsversuch beobachtete Alter (5) bei einer periodischen Melancholie, ein zweiter Fall (Melancholiker) konnte nach demselben Conamen suicidii als gebessert entlassen werden, erschoss sich aber 8 Monate später ausserhalb der Anstalt.

Wie schon Wagner betont, ist in allen hierher gehörigen Fällen die fernere Prognose mit grosser Reserve zu stellen. Dem möchte ich mich für unseren Fall durchaus anschliessen Sollte es sich gleichwohl um eine definitive Heilung handeln, so wäre damit erwiesen, dass die weiter oben geäusserten prognostischen Bedenken nicht berechtigt waren, da wohl daran festgehalten werden muss, dass auch Strangulationsversuche nur bei solchen Psychosen zu dauernder Heilung führen können, bei denen ohnedies die Möglichkeit der Heilung noch vorlag.

Bei Frau Z. treten im Anschluss an den Strangulationsversuch folgende Erscheinungen auf: zunächst Bewusstlosigkeit, Krämpfe, motorische Unruhe und weiter Aphasie, Monoplegie, Amnesie. – Bewusstlosigkeit, Krämpfe und Amnesie sind seit langer Zeit bekannte Symptome nach Selbstmordversuchen durch Erhängen. Die erste einschlägige Mitteilung in der Literatur stammt aus dem Jahre 1826 von König. Ich habe aus der mir zugänglichen Literatur bis in die jüngste Zeit 47 Fälle zusammenstellen können, auf die ich z. T. im einzelnen noch zurückkomme. 24 Fälle stammen von Wagner, 5 von Wollenberg, je 3 von Hofmann, Lührmann, Alter, 2 von Sommer, je 1 von Pontoppidan, Boedeker, Brackmann, Seydel, Butakow, Kompe, Hess, Brie, wobei zu bemerken ist, dass der 4. Fall Wollenbergs = dem Boedekers ist. — Die Beobachtungen der Autoren lassen sich kurz dahin zusammenfassen, dass gewöhnlich schon wenige Sekunden nach dem Umlegen der Schlinge Verlust des Bewusstseins eintritt, der nach dem Abschneiden verschieden lange Zeit, bis zu mehreren Tagen andauern kann. Nach dem Entfernen der Schlinge heben sich Zirkulation und Respiration allmählich entweder spontan oder mit Kunsthilfe, auf energische Reize erfolgen die ersten Reaktionen. Wenn Atmung und Puls in Gang sind, treten gewöhnlich krampfartige Zufälle, Unruhe oder delirante Zustände auf. Die Krämpfe haben bald klonischen bald tonischen Charakter; ihre Dauer schwankt zwischen Minuten und mehreren Stunden. Sie können sich auch wiederholen. Ganz allmählich kommen die Kranken zur Klarheit und zeigen in den meisten Fällen eine Gedächtnislücke, die oft nicht nur das Conamen suicidii, sondern auch einen grösseren oder kleineren Teil der diesem vorausgehenden Zeit umfasst. Diese retrograde Amnesie erfährt gewöhnlich im Laufe der Zeit eine Einschränkung, bleibt

dann aber in der Mehrzahl der Fälle dauernd bestehen. Bisweilen tritt dazu eine anterograde Amnesie, die gewöhnlich von kurzer Dauer ist.

Während diese Zustandsbilder allgemein als typisch für wiederbelebte Erhängte gelten, gehen die Ansichten der Autoren über ihre Natur auseinander. Die Vertreter der beiden bestehenden Richtungen sind Wagner und Möbius, zwischen denen sich ein ausgedehnter literarischer Streit über diese Frage entwickelte (6), nachdem Wagner (l. c.) 1889 die allgemeine Aufmerksamkeit darauf gelenkt hatte.

Möbius glaubt in den nach Strangulationsversuchen auftretenden Convulsionen und der retrograden Amnesie „psychisch vermittelte Veränderungen", eine traumatische Hysterie zu sehen. Als wirksamen Faktor nimmt er die „Gemütserschütterung" an, indem er darauf hinweist, dass sie das Gemeinsame auch anderer Vorkommnisse ist, nach denen erfahrungsgemäss retroaktive Amnesie beobachtet wird: Gehirnerschütterungen, Gemütsbewegungen, verschiedene Arten des Selbstmordes z. B. Erschiessen. Die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krämpfe fasst er direkt als hysterische auf, den hysterischen Charakter der Amnesie glaubt er u. a. damit zu erweisen, dass er annimmt, sie könne durch Hypnose behoben werden. Brackmann (7) tritt an der Hand eines selbstbeobachteten Falles der Ansicht Möbius' bei, anscheinend nicht mit Recht, wenigstens geht aus seiner Schilderung des Falles kein zwingender Grund zur Annahme einer Hysterie und eines hysterischen Charakters der nach dem Erhängungsversuch beobachteten Erscheinungen hervor. — Lührmann (l. c.), der die Literatur um drei Fälle bereichert, weist bei seiner zweiten Beobachtung nach, dass es sich um hysterische Krämpfe und nachfolgenden hysterischen Dämmerzustand handelt, der vollkommene Amnesie hinterliess, zieht aber (siehe

unten) sehr vorsichtige Schlüsse. — Im übrigen hat Möbius selbst später (Schmidts Jahrbücher 1896. Bd. 249. Heft 1) den hysterischen Charakter der in Frage stehenden Erscheinungen nur für einen Teil der Fälle in Anspruch genommen und zugegeben, dass die groben Gehirnstörungen bei ihrem Zustandekommen ebenfalls von Wichtigkeit sein mögen.

Demgegenüber bezieht Wagner (Münch. med. Wochenschrift 1893) die geschilderten Erscheinungen immer auf Veränderungen im Gehirn, die durch die Asphyxie und den Verschluss der Carotiden beim Erhängen bewirkt werden. Er betont, dass in den ihm bekannten 24 Fällen niemals die Krämpfe sich nach Schwinden der Bewusstlosigkeit wiederholten, was man bei hysterischen Personen zum mindesten als sehr wahrscheinlich erwarten müsste. Die Krämpfe treten nur einmal auf und zwar „zu einer Zeit, wo das Bewusstsein noch nicht wiedergekehrt ist, aber Herz- und Atembewegungen wieder kräftig und regelmässig, die kühlen und cyanotischen Körperteile wieder warm und rot“ geworden sind. „Dieses gesetzmässige Zusammentreffen von charakteristischen und physikalischen Veränderungen mit den Krämpfen lässt es doch viel wahrscheinlicher erscheinen, dass auch die letzeren irgendwelche physikalische Grundlagen haben dürften. Es ist ferner auch für die Annahme einer seelischen Vermittelung der Krämpfe keineswegs günstig, dass sie gerade immer zu einer Zeit auftreten, wo der Kranke sich im Zustande der Bewusstlosigkeit befindet und daher seelischen Einwirkungen gewiss nicht sehr zugänglich ist, während nie Krämpfe beschrieben wurden aus einem Stadium, in dem der Kranke schon wieder bei Bewusstsein war.

Es gibt endlich noch einen, wie ich glauben möchte, ziemlich schlagenden Beweis für die nichthysterische Natur dieser Krämpfe. Es dürfte kaum Jemand zu bereden sein.

dass eine Erscheinung, die man an einem beliebigen Hunde oder an einer Katze durch gewisse Eingriffe gesetzmässig hervorbringen kann, eine hysterische Störung sei.“

Nachdem Wagner die Untersuchungen von Meyer (Akademie der Wissenschaften Bd. 81) erwähnt hat, der bei Tieren experimentell postanämische und postasphyctische Krämpfe feststellte, und auf seine eigenen Tierexperimente eingegangen ist, fährt er fort: „Es ruft also beim Tiere das Aufhören von Hirnanämie sowohl wie das Aufhören von Asphyxie Krämpfe hervor. Es ist ferner die Verbindung beider Eingriffe bei der experimentellen Strangulation von derselben Folge begleitet. Es treten endlich beim Menschen während der Wiederbelebung vom Erhängungsscheintode, bei dem ja diese beiden Faktoren, Hirnanämie und Asphyxie, gleichfalls konkurrieren, ebenfalls Krämpfe auf. Es wird demnach der Schluss vollkommen gerechtfertigt sein, dass diese Krämpfe beim Menschen von denselben Bedingungen abhängig seien wie im Tierexperimente, und ich glaube keine „plumpe Vereiligkeit“ begangen zu haben, wenn ich diesen Krämpfen eine „grob-mechanische Erklärung“ zu Grunde gelegt habe und ihre hysterische Natur negiere.“

Die Amnesie bei wiederbelebten Erhängten führt Wagner ebenfalls auf eine direkte Schädigung der Gehirnernährung zurück, die durch die Strangulation bedingt sei. Er hält es für wahrscheinlich, dass es sich nach Erhängung um ähnliche Zustände handelt wie nach Vergiftung mit Kohlenoxyd- oder Schwefelwasserstoffgas.

Haberda und Reiner (8) bewiesen durch Experimente an Leichen, dass beim Tode durch Erhängen, ebenso beim misslungenen Versuch dazu in der Regel der vollständige Verschluss der Carotiden und Vertebrales zustande kommt. —

Dass durch die Strangulation Apnoe und infolgedessen Asphyxie eintreten muss, wird allgemein als feststehend angenommen.

Paul (9) streift in seiner eingehenden Abhandlung über retrograde Amnesie die schon von Wagner aufgeworfene Frage, ob die bei wiederbelebten Erhängten auftretende Amnesie vom Carotidenverschluss oder von der Asphyxie abhängig sei und kommt auf Grund des einige Jahre umfassenden Materials der psychiatrischen Abteilung der Charité über vom Tode des Ertrinkens Gerettete und eines selbst beobachteten Falles trotz zweier entgegenstehender allerdings nicht einwandfreier Beobachtungen Wollenberg's (10) zu dem Schluss „dass bei vom Tode des Ertrinkens Geretteten in der Regel keine Amnesie zurückbleibt, somit die reine Asphyxie keine Amnesie zur Folge hat. Es ist infolgedessen sehr wahrscheinlich, dass auch bei der Strangulation die Amnesie nicht auf Rechnung der Asphyxie zu setzen ist, und es bleibt also als aetiologisches Moment zum Zustandekommen des Erinnerungsdefektes nur die acute Hirnanämie durch den Verschluss der vier das Gehirn ernährenden grossen Arterien übrig, wenn anders wir die Entstehung der Amnesie durch psychische Vermittelung mit Wagner in Abrede stellen".

Im ersten Falle Lührmann's (l. c.) traten nach dem Strangulationsversuch allgemeine etwa $1^1/_2$ Stunden dauernde Convulsionen auf, die mit Aufhebung der Pupillenreaktion, der Cornealreflexe, des Bewusstseins und unfreiwilligem Harnabgang einhergingen. Dann trat Verworrenheit und am nächsten Morgen Amnesie für den Suicidversuch auf. Die Hypnose zwecks Aufhebung der Amnesie hatte negativen Erfolg. — Der dritte, kurz mitgeteilte Fall zeichnet sich dadurch aus, dass keine Krampferscheinungen zu beobachten waren. — In seinem zweiten Falle nimmt Lührmann wohl mit Recht einen hysterischen Charakter der nach dem Erhängungsversuch auftretenden

Symptome an, obwohl keine ärztliche Beobachtung stattgefunden hat. Es hat offenbar schon vor dem Suicidversuch eine Hysterie bestanden. Die Art der nach dem Tentamen auftretenden motorischen Erscheinungen bestätigt diese Annahme. Auch in der Vorgeschichte des ersten Falles werden zwei im Anschluss an Gemütsbewegungen aufgetretene Anfälle (darunter ein „Weinkrampf") erwähnt, die auch da an Hysterie denken lassen. Lührmann nimmt aber nur für den zweiten Fall die Hysterie in Anspruch und ist der Ansicht, dass Wagner in der Mehrzahl der Fälle beigepflichtet werden müsse und dass Fälle wie No. 2 zu den Ausnahmen gehören.

Diesen zweiten Fall Lührmanns sucht Paul in der schon genannten Abhandlung aus der atypischen Strangulation mit einem breiten Gurt zu erklären, wodurch keine Anämie, sondern venöse Hyperämie im Gehirn gesetzt worden sei. Da der Kranke schon vor dem Selbstmordversuch hysterische Anfälle hatte, konnte die venöse Hyperämie genügen „um eine neue hysterische Attacke hervorzurufen mit Convulsionen und Amnesie im Gefolge, während sie keinen genügenden Hirnreiz darstellte, um epileptiforme Erscheinungen hervorzurufen".

Wollenberg, der schon 1895 (l. c.) an der Hand von 4 Fällen die vorliegende Frage im Sinne Wagner's beantwortet hatte, bringt 1899 (11) einen neuen sehr gut beobachteten Fall bei: Ein Paranoiker macht einen Erhängungsversuch, kommt, abgeschnitten, gleich wieder zu sich, hat das Bewusstsein überhaupt nicht verloren, schildert und motiviert den Selbstmordversuch. Keine Amnesie. Acht Tage später zweiter Erhängungsversuch: völlige Bewusstlosigkeit, allgemeine Krämpfe von vorwiegend tonischem Charakter bei absoluter Bewusstlosigkeit und reflektorischer Pupillenstarre. Dann statt der Krämpfe grosse motorische Unruhe, Ausstossen unartikulierter Laute, automatische Bewegungen. Weiterhin das Bild ver-

worrener Erregung bei erweiterten und lichtstarren Pupillen, hochgradiger Steigerung der Patellarreflexe und Fussclonus. Allmähliche Beruhigung. Am folgenden Tage langsame Rückkehr der sprachlichen Reaktion, noch völlige Desorientiertheit und schwere Störung der Auffassung. Allmähliche Rückkehr der Pupillenreaktion und der normalen Reflexerregbarkeit. Retroactive Amnesie, die dauernd bestehen bleibt. — Wollenberg legt das Hauptgewicht auf die retrograde Amnesie, da die Krämpfe ein nicht konstant nach Strangulationsversuchen auftretendes Symptom seien. Er sieht, wie schon in seiner ersten Arbeit über dieses Thema, die Ursache der Amnesie in physischen Vorgängen im Gehirn. Wenn auch das Vorkommen retrograder Amnesie bei Hysterie erwiesen sei, so sei dieser bei Strangulationsversuchen (wie auch sonst bei organischen Erkrankungen des Nervensystems) nur die Rolle einer Komplikation beizumessen. Gegen den hysterischen Charakter der nach Erhängungsversuchen beobachteten motorischen Erscheinungen führt er vor allem ihr Auftreten zu einer Zeit an, wo das Bewusstsein noch erloschen ist. — Die Frage ob mehr die Asphyxie oder die durch Carotidenverschluss bedingte Hirnanämie verantwortlich zu machen und inwieweit die Kompression des Vagus mitspielt, lässt er unentschieden. Sein Schlusssatz lautet: „Jedenfalls handelt es sich bei den Erhängungsversuchen um die Konkurrenz verschiedener Vorgänge, die zu materiellen Schädigungen des Zentralorgans führen und ihren klinischen Ausdruck in einem höchst typischen und durch die retroactive Amnesie besonders charakteristisch gefärbten Zustandsbilde finden".

In dem von Pontoppidan (13) mitgeteilten Falle, der im übrigen vom Typus nicht abweicht, ist als Nebenbefund eine partielle Paralyse des N. accessorius und von Zweigen des Plexus cervicalis beobachtet, die auf Druck durch die Schlinge

zurückgeführt wird. Die Ansicht dieses Beobachters geht dahin, dass die im Anschluss an Strangulationsversuche auftretenden Erscheinungen auf rein mechanische Schädigungen zurückzuführen sind. Im vorliegenden Falle fanden sich alle Zeichen einer mächtigen Hirnhyperämie, die durch die Asphyxie und Kompression der Carotiden entstanden erklärt wird.

Seydel (12) der über einen gut beobachteten Fall berichtet, schliesst sich rückhaltslos der Beweisführung Wagner's an. Unter Berufung auf die Untersuchungen Friedmann's (Deutsche med. Wochenschr. 1891 No. 39) über die somatischen Veränderungen des Zentralnervensystems bei Hirnerschütterungen und auf die Ausführungen Hofmann's in seinem Lehrbuche weist er nachdrücklich darauf hin, dass es sich wahrscheinlich bei den Zirkulationsstörungen des Gehirns durch Strangulation und Gehirnerschütterung um vollständig analoge Vorgänge handelt. „Nach beiden Eingriffen finden wir Bewusstlosigkeit, Convulsionen, Amnesie, unter Umständen psychotische Erkrankungen. Die Uebereinstimmung der klinischen Erscheinungen lässt eine gleiche anatomische Basis mit Sicherheit vermuten".

In der Berliner Gesellschaft für Psych. und Nerv. (13. 5. 95) stellt Boedecker (14) einen jungen Mann vor, der sich aus Furcht vor Bestrafung erhängte. Vom Strang befreit, wurde er für tot gehalten. Nach Einleitung künstlicher Atmung traten Convulsionen nach Art eines hysterischen Krampfanfalls auf unter Verengerung der Pupillen, bei erloschenem Bewusstsein. Mehrere Stunden danach erweiterte und lichtstarre Pupillen, Cyanose der Schleimhäute, Temperatur 40,1, Puls und Respiration stark beschleunigt. Darauf 7 Tage anhaltender deliranter Zustand. Allmählich Klarheit. Retroactive Amnesie für 14 Tage. Keine Hysterie. Hypnotisierungsversuch fiel negativ aus. — In der an die Demonstration sich anschliessenden Diskussion verwirft Jolly in Uebereinstimmung mit Boedecker

die Annahme einer Hysterie und das Moment der „Gemütserschütterung“. Der einfachere Grund für das Zustandekommen der in Frage stehenden Erscheinungen liege offenbar in der rasch eintretenden Störung der Hirnfunktion durch plötzliche Anämie.

Der Fall Butakow's (15) ist durch $2^1/_2$stündige ausserordentlich heftige klonische und tonische Krämpfe ausgezeichnet bei völligem Verlust des Bewusstseins. Für 7 Tage bestand Amnesie (2 retro- 5 anterograde). Als Ursache der als epileptische aufgefassten Erscheinungen wird die temporäre Hemmung der Blutzirkulation im Gehirn angenommen.

Kompe (16) berichtet von einem 23jährigen Fräulein, das etwa 2 Stunden nach dem Beginn der künstlichen Atmung rasch aufeinander folgende klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten bekam, die sich zu ungewöhnlicher Heftigkeit steigerten. Dabei aufgehobenes Bewusstsein, Anästhesie der Cornea und der Haut. Die Convulsionen liessen erst allmählich nach $2 \times 0{,}03$ Morph. subcutan nach. Es wurde keine Amnesie beobachtet ausser für die Zeit der Bewusstlosigkeit. — Kompe wendet sich energisch gegen die Auffassung der Convulsionen wiederbelebter Erhängter als traumatische Hysterie. Er sieht in ihnen zunächst Erstickungskrämpfe, die von Reizung der Medulla oblongata (Nothnagels Krampfzentrum) herrühren, indem die durch die Asphyxie gesetzten Ernährungsstörungen des Hirns sich nach der Wiederbelebung nicht sofort ausgleichen. Andererseits erzeugt die einige Zeit nach der Befreiung vom Strange eintretende Hyperämie gleichfalls Convulsionen. Er erinnert daran, dass mit Carotis und Jugularis der Vagus bei der Strangulation comprimiert werden muss und schliesst: „Die durch die Strangulation erzeugten Krämpfe bei Wiederbelebten können durch Asphyxie, durch Kompression der Carotiden oder durch Kom-

pression des Vagus allein oder durch Zusammenwirken zweier oder aller drei Momente hervorgerufen werden. Psychopathische Ursachen anzunehmen, dagegen sprechen die physiologischen Erfahrungen. Am wahrscheinlichsten scheint mir der Verschluss der Carotiden die Ursache zu sein".

Die drei von Alter (l. c.) 1903 beschriebenen Fälle fügen sich im wesentlichen den Beobachtungen der früheren Autoren an. Es handelt sich um zwei Melancholiker und einen schwachsinnigen Paranoiker. Alle drei werden relativ kurze Zeit nach der versuchten Strangulation aus der Schlinge befreit und wiederbelebt. Ueberall besteht totaler Bewusstseinsverlust. Die motorischen Erscheinungen zeigen mannigfache Modifikationen z. T. einen höchst komplizierten Charakter, z. B. Umhergehen im Zimmer, Versuche die Matratze zusammenzurollen bei Fall 3. Die motorische Unruhe wiederholt sich bei Fall 2 noch zweimal innerhalb von 3—4 Stunden bei gleichem krampfartigen Charakter, im Falle 3 noch einmal nach zehn Stunden, in beiden Fällen bei aufgehobenem Bewusstsein. Die nach Eintritt völliger Klarheit zu beobachtende retrograde Amnesie ist wenig ausgedehnt und besteht bei allen Kranken nur wenige Tage. Bei Fall 1 und 3 kehrt die Erinnerung an den Suicidversuch spontan und plötzlich zurück, bei Fall 2 nach Bemerken der Strangulationsmarke im Spiegel und längerem Nachdenken. — Obwohl im 3. Falle konzentrische Gesichtsfeldeinengung bestand und die komplizierte Form der motorischen Erscheinungen den Gedanken an einen hysterischen Hintergrund nahelegen könnten (auch das spontane und plötzliche Verschwinden der Amnesie liesse sich in diesem Sinne verwerten, d. V.) weist Alter die Annahme einer „Gemütserschütterung" und traumatischen Hysterie im Sinne von Möbius zurück. Im allgemeinen führt er gegen Hysterie an: das sicher festgestellte Fehlen der Bewusstseinstätigkeit, der vielfach typische epileptiforme Charakter der

Anfälle (Zungenbiss, Enuresis) und die stets misslungenen Versuche die Erinnerung in der Hypnose zu wecken.

Die grosse Aehnlichkeit der an den drei wiederbelebten Erhängten beobachteten motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen mit Anfällen bei einem Paralytiker vom Lissauer'schen Typus (dessen Krankengeschichte gegeben wird), die bei allen vier Fällen beobachtete retrograde und wenigstens angedeutete anterograde Amnesie veranlasst Alter zu dem Versuch einer pathogenetischen Motivierung dieser in Form und Ablauf fast congruenten, aetiologisch so verschiedenen Zustandsbilder. Auf dem Boden der als gesichert geltenden Befunde bei der Paralyse und der modernen Anschauungen über Zellpathologie kommt er am Ende seiner bemerkenswerten Ausführungen zu dem Schlusssatze: „Die Krankheitserscheinungen, die nach Wiederbelebung Erhängter auftreten, repräsentieren eine Intoxikationspsychose von akutester Form — eine transitorische Psychose im Sinne Wernickes. Sie entstehen durch eine in ihrer Intensität an die Dauer und Totalität der Strangulation gebundene primäre Schädigung zelliger Elemente, und zwar in erster Linie und vorzüglich der Hirnrinde, dann aber auch tieferer Regionen. Daraus resultieren die epileptiformen Anfälle, die Convulsionen und die komplizierten Motilitätsstereotypien, die zum Teil als Reizungsvorgänge, zum Teil als Ausfallserscheinungen aufgefasst werden müssen, während als die reine Ausfallserscheinung die Amnesie den psychotischen Zustand im engeren Sinne überdauern kann. Eine hysterische Individualität kann innerhalb gewisser Grenzen das Krankheitsbild — wie jedes andere — beeinflussen, aber nie motivieren."

Sommer (17) beschreibt zwei Fälle, die ein auffallendes Verhalten der Amnesie zeigen. Im ersten Falle besteht nach dem Befreien vom Strang 1—2 Stunden Bewusstlosigkeit. Bei noch erloschenem Bewusstsein heftige motorische Unruhe:

unzweckmässige aber coordinierte Bewegungen. Nach mehrstündigem Schlaf äusserlich völlig geordnet und ruhig. Retrograde Amnesie für mehrere Tage, ebenso für den Suicidversuch und anterograde für die Folgezeit. Mehrere Tage stark herabgesetzte Merkfähigkeit. Bisweilen deliranter Eindruck. Allmählich ohne kritischen Schlaf dauernde geistige Klärung und Wiederkehr normaler Merkfähigkeit. Die retrograde Amnesie schwindet allmählich, bis schliesslich Erinnerung an alle Einzelheiten bis zur Ausführung der Tat besteht. Gleichzeitig stellt sich aber heraus, dass auch die anterograde Amnesie nur eine scheinbare gewesen ist. Die in dieser Zeit aufgenommenen Erinnerungsbilder sind erhalten, es gelang nur anfangs nicht, sie ins Bewusstsein zurückzurufen, wohl aber später. — Trotz der Aehnlichkeit dieses Falles mit dem berühmten Fall Charcots, den Möbius für die Richtigkeit seiner Theorie ins Feld führt, kann sich Sommer nicht entschliessen, die fraglichen Erscheinungen auf Rechnung der Hysterie zu setzen, er warnt vielmehr, aus der äusseren Aehnlichkeit zweier Erscheinungen auf ihre Wesensgleichheit zu schliessen. Aus der Tatsache, dass bestimmte Formen amnestischer Störungen bei der Hysterie beobachtet werden, könne durchaus nicht gefolgert werden, dass sie „nur der Hysterie eigentümlich und nicht auch bei organischen Läsionen beobachtet werden könnten und zwar lediglich infolge derselben, nicht etwa als Erscheinung einer gleichzeitig bestehenden Hysterie.“ Sommer gibt zwar zu, dass gelegentlich im Anschluss an eine Strangulation (wie an jeden Shok) eine Hysterie entstehen könne, erklärt sich aber im übrigen entschieden für Wagners organische Pathogenese des in Frage stehenden Symptomenkomplexes und sucht sie im Anschluss an seine Fälle (der zweite liegt ziemlich analog dem ersten) zu vertiefen: die durch Carotidenverschluss und Behinderung des venösen Abflusses in der Ernährung gestörte aber nicht getötete

Ganglienzelle ist zwar noch imstande ein Erinnerungsbild auf zunehmen, es gelingt aber nicht, dieses Erinnerungsbild durch den gewöhnlichen Denkprozess zu wecken und ins Bewusstsein treten zu lassen (ähnliche Erscheinung bei geistiger Ermüdung) Die Zelle kann, da die Schädigung nur vorübergehend wirkt, in kürzerer oder längerer Zeit ihre volle Funktionsfähigkeit wiedererlangen und dann können die sozusagen latenten Erinnerungsbilder auf dem gewöhnlichen Wege reproduziert werden. Durch Verstärkung der auf der Assoziationsbahn anlangenden Reize, z. B. in der Hypnose, kann aber diese Reproduktion auch schon vor der völligen Wiederherstellung der Zelle erreicht werden. In dieser Wiederkehr der Erinnerungsbilder einen Beweis für Hysterie zu sehen, scheint nicht angängig. Sommer erinnert an die bei geistig Gesunden oft zu beobachtende Tatsache, dass Erinnerungsbilder, die sicher vorhanden sind, in einem gegebenen Augenblick nicht ins Bewusstsein treten wollen, bis irgend eine zufällige Ideenassoziation plötzlich diesen Erfolg hat. Er ist der Ueberzeugung, dass die Hypnose denselben Effekt haben würde, ohne dass eine Hysterie angenommen werden könnte. — Den Vorgang bei der retroaktiven Amnesie erklärt er so, dass die schon vor längerer Zeit erworbenen Erinnerungsbilder eine schärfere Fixierung erhalten haben und pathologischen Einflüssen (hier Anämie und Asphyxie) gegenüber unzugänglicher sind (vergl. Paralyse!). Sie gelangen auf leichtere Reize zur Reproduktion als die jüngst erworbenen. Dem stärkeren Reiz der Hypnose wird es auch in diesem Falle gelingen können die flüchtigeren frischen Erinnerungsbilder zu wecken.

Auf der 73. ord. Versammlung des psych. Vereins der Rheinprovinz in Bonn (11. VII. 04) berichtet Brie (18) von einem Manne, der nach Notzuchtsversuch an seiner Tochter verhaftet, sich im Gefängnis erhängte. Rechtzeitig abgeschnitten,

bekam er Krämpfe und blieb längere Zeit bewusstlos. Danach mehrwöchentliche Psychose. Retrograde Amnesie für Verbrechen, Verhaftung und Strangulationsversuch. Hypnose ohne Erfolg. — In Beurteilung der Aetiologie der fraglichen Symptome steht Brie auf Seiten Wagners.

Hess (19) berichtet von einem an Dementia praecox leidenden Manne, der schon einige Wochen vor seiner Aufnahme einen energischen Selbstmordversuch gemacht hatte und dann in der Anstalt einen Erhängungsversuch machte. Er wird nach höchstens zwei Minuten abgeschnitten. Nach etwa 2 Stunden treten in Abständen von 5 Minuten eigentümliche, Tetanuskrämpfen gleichende Anfälle, im ganzen von etwa ½ stündiger Dauer auf. Danach motorische Unruhe, alles bei erloschenem Bewusstsein. Am nächsten Tage Amnesie für den Suicidverversuch, die anscheinend dauernd bestehen blieb. Zwei Tage lang bestand Taubheit nach dem Strangulationsversuch. — Hess sieht die Ursache der beobachteten Erscheinungen hauptsächlich in der durch den Cartidenverschluss bedingten Kreislaufsstörung, weniger in der Asphyxie mit Rücksicht auf die Kürze der Strangulation. Er verweist auf eine Beobachtung von Bertelsmann (V.-J. Schrift f. ger. Med. 26. Bd. S. 251. 1903), wonach eine Frau sich erhängte, obgleich die Atmung durch eine Trachealcanüle in situ gesichert war. Einen analogen Fall beobachtete Reineboth (V.-J. Schr. f. ger. Med. IX. 1895 S. 265, D. V.). — Zu der Frage, ob die Amnesie eine psychogen oder organisch bedingte Störung sei, erklärt Hess, dass er sich eine funktionelle psychische Störung ohne organische, wenn auch nur vorübergehende Veränderung überhaupt nicht denken könne.

Schliesslich erwähne ich eines von Kreuser (20) auf der 34. Versamml. deutsch. Irrenärzte zu Karlsruhe gehaltenen Vortrags. Im Anschluss an die Beschreibung dreier nicht zu

unserem Thema gehöriger Fälle stellt er Betrachtungen an über die Entstehungsweise der retrograden Amnesie. Er sieht in der Bewusstlosigkeit den wesentlichsten Faktor für die Bildung des Erinnerungsausfalls. Die Bildung klarer Erinnerungsvorstellungen ist an eine ungestört erhaltene Bewusstseinstätigkeit gebunden. Der Mechanismus ihrer Bildung und sein materielles Substrat in der Ganglienzelle sind unbekannt. Dauerhaftigkeit erlangen die Erinnerungen erst, wenn eine gewisse Zeit über ihrer Erwerbung verstrichen ist, während der sie sich ungestört dem bisherigen Bewusstseinsinhalt angliedern konnten. Daher die Erfahrung, dass bei verschiedenen Störungen des Gedächtnisses die zuletzt erworbenen Erinnerungsbilder mehr leiden als die früher erworbenen. Es wäre deshalb zu untersuchen, ob nicht schon vor dem Einsetzen der die Amnesie bewirkenden Störung Umstände vorhanden gewesen sind, die die Befestigung der Erinnerungsbilder hemmen oder schon ihre Aufnahme erschweren. In der Tat wird sich in einer Zahl von Fällen nachweisen lassen, dass die oben geforderte ungestört erhaltene Bewusstseinstätigkeit nicht vorhanden war. Als Ursachen dafür kommen neben physiologischen Zuständen und Alkoholgenuss — ein Umstand, den auch Hess l. c. berücksichtigt — besonders die mehr oder weniger krankhaften Gemütszustände vor Selbstmordversuchen in Betracht.

Diese kurze Uebersicht über die einschlägige Literatur scheint mir darzutun, dass nicht nur die Frage nach der Symptomatologie der nach Strangulationsversuchen auftretenden krankhaften Erscheinungen, sondern auch die nach ihrer Aetiologie als eindeutig gelöst angesehen werden kann. Die Auffassung Möbius', dass es sich um psychogenbedingte Symptome handelt, ist nahezu verlassen, dagegen wird von der überwiegenden Mehrzahl der Autoren eine organische Veränderung des Centralnervensystems im Sinne Wagners ange-

nommen, als deren mächtigster Faktor die temporäre Unterbrechung der Blutzufuhr gilt. Die intimeren psychophysiologischen Vorgänge müssen zur Zeit wohl noch als unbekannt gelten, doch scheinen die Arbeiten jüngerer Autoren (Kreuser, Sommer, Alter) beachtenswerte Versuche zu sein, auch der Lösung dieses Problems näher zu kommen.

Der von mir beobachtete Fall fügt sich in der Hauptsache dem Rahmen des oben gegebenen typischen Bildes ein. Die Dauer der Strangulation ist nicht sicher anzugeben, muss aber, da im allgemeinen die Tiefe der Bewusstseinsstörung der Dauer der Suspension proportional angenommen wird, eine relativ lange gewesen sein, wahrscheinlich nicht unter fünf Minuten. Allerdings wird von einigen Autoren betont, dass in diesem Punkte bedeutende individuelle Schwankungen zu bestehen scheinen. Jedenfalls ist die Bewusstlosigkeit in unserem Falle sehr tief, dafür sprechen der Abgang von Kot und Urin, die kühle Haut, das Fehlen der Atmung und des Pulses, die erloschenen Reflexe, die fehlende Reaktion auf sehr intensive Reize. Sie hält etwa fünf Stunden an und schwindet allmählich. In die Zeit des aufgehobenen Bewusstseins fallen die beobachteten motorischen Erscheinungen. Sie zeigen auch hier die Eigenschaft, dass sie nicht unmittelbar nach dem Abschneiden vom Strang, im tiefen Coma, einsetzen, sondern erst nachdem die Atmung spontan vor sich geht und der Puls kräftiger geworden ist, sind also als postasphyctische respektive postanämische anzusehen. Sie beginnen als Krämpfe von tonischem Charakter und gehen bald in kompliziertere Bewegungen über: Schlagen und Stossen mit Armen und Beinen, Hin- und Herwälzen unter Stöhnen und ausgesprochene Neigung sich nach rechts zu rollen. Nach etwa einstündiger Dauer nehmen sie plötzlich ihr Ende und kehren nicht mehr wieder.

— Ein Grund, diese motorischen Reizerscheinungen als „hysterische“ aufzufassen, besteht nicht, wenn auch der im allgemeinen als für Hysterie charakteristische Opisthotonus angedeutet war und das Umherrollen mangels ärztlicher Beobachtung als „absichtlich“ hätte angesehen werden können. Gegen eine psychogene Aetiologie spricht, abgesehen vom Fehlen hysterischer Antecedentien, das Erloschensein der Reflexe (Pupillenstarre) und die tiefe Bewusstseinsstörung. Ich schliesse mich vielmehr durchaus der Beweisführung Wagners und seiner Anhänger an und sehe auch in dem vorliegenden Falle den Grund für alle (auch die später zu besprechenden) beobachteten Symptome direkt in der Kreislaufsunterbrechung oder in der durch sie bedingten Ernährungsstörung des Gehirns.

Nachdem sich bei unserer Kranken das Bewusstsein allmählich aufgehellt hat, fallen zwei Symptome auf, die nicht zu den gewöhnlichen Folgeerscheinungen nach Erhängungsversuchen gehören, die rechtsseitige brachiale Monoplegie und die Sprachstörung. Die Sprachstörung ist dadurch charakterisiert, dass weder Spontan- nach Nachsprechen möglich, das Sprachverständnis aber erhalten ist. Obgleich Zunge, Lippen, Gaumen bewegt und zwei sinnlose Silben gebildet werden können, obgleich die Begriffsbildung nicht gestört ist, wie aus den Gebärden und dem ganzen Verhalten der Kranken hervorgeht, ist die Fähigkeit, die Begriffe in Worte umzusetzen, aufgehoben. Die Kranke bringt auf alle (wohl verstandenen) Fragen als Antwort nur dasselbe unsinnige Silbengefüge hervor. Akustische, visuelle, tactile Reize werden richtig erfasst und bewertet. Die Kranke findet entweder infolge Verlustes der Vorstellungen der Sprachbewegungen die Willensimpulse nicht, obwohl sie die Klangbilder kennt, oder sie vermag die motorische Sprachbahn nicht zu erregen (Flechsig, 21). Es

handelt sich also um eine motorische (Brocasche) Aphasie. Ob sie eine reine Aphasie vorstellt, ist zweifelhaft, da das Schreibvermögen auf der Höhe der Erscheinung wegen der Armlähmung nicht zu prüfen war und überhaupt bei dem schnellen Schwinden des anfänglichen Zustandsbildes und dem Ruhebedürfnis der Kranken die Untersuchung nicht so eingehend ausgeführt werden konnte, wie es wünschenswert gewesen wäre. Auf Hemianopsie war anfänglich auch nicht zu untersuchen, später war sie nicht nachzuweisen. Wahrscheinlich bestanden im Anfang auch Agraphie und Alexie — wenn ein Schluss aus der Seltenheit der reinen motorischen Aphasie gezogen werden darf. — Die vollständige motorische Aphasie bestand etwa nur eine Stunde und bildete sich schnell zurück und zwar in der Weise, dass zunächst das Nachsprechen und allmählich auch das Spontansprechen möglich wurde. Etwa 24 Stunden nach dem Suicidversuch war das Sprachvermögen wieder im früheren Umfange vorhanden. Um diese Zeit war auch keine Agraphie oder Alexie nachzuweisen.

Der Sitz der die motorische Aphasie bedingenden Störung ist in der Rinde der 3. linken Stirnwindung (Broca) zu suchen, einem zur Körperfühlsphäre gehörenden Bezirk, wo bei Rechtshändern die Sprachbewegungsvorstellungen lokalisiert sind und wo sich der Ursprung der motorischen (centrifugalen) Bahn befindet, die die Sprechbewegungen auslöst. (Flechsig.) Das schnelle Verschwinden der Sprachstörung macht es wahrscheinlich, dass es sich nicht um eine Vernichtung der genannten Rindenpartie handelt, sondern nur um ein „indirektes Herdsymptom“ (Oppenheim), um eine Schädigung durch vorübergehende Kompression, die ihre Ursache hat in der Erkrankung eines benachbarten Hirnteils. Diese Rolle spielt in unserem Falle eine Läsion des mittleren Drittels der beiden linken Centralwindungen, die ihren klinischen Ausdruck in der

Lähmung des rechten Armes findet. Dass es sich um einen corticalen Herd handelt, ist aus dem monoplegischen Charakter der Lähmung zu schliessen. — Als Art der Läsion kommt wohl nur ein Bluterguss in Betracht. Das Zustandekommen der Gehirnblutung ist gewöhnlich an eine Erkrankung der Gefässe und vorübergehende Steigerung des Blutdrucks gebunden. An den Arterien unserer Kranken war, soweit sie der Untersuchung zugänglich sind, eine krankhafte Veränderung nicht wahrzunehmen. Immerhin ist es sehr wohl möglich, dass bei der 48jährigen Frau miliare Aneurysmen der kleinen Hirngefässe vorhanden sind und dass durch Ruptur eines solchen die Blutung entstanden ist. Zieht man aber in Betracht, dass bei wiederbelebten Erhängten auf das Stadium der Hirnanämie nach Wiederfreigabe der Zirkulation und infolge der lebhafter werdenden Herztätigkeit eine Hirnhyperämie mit erheblicher Steigerung des Blutdrucks folgt, so kann dieser genügen auch ein gesundes Gefäss zur Ruptur zu bringen. Zum Beweise, dass bisweilen schon eine geringe Blutdrucksteigerung bei gesunden Gefässen diese Folge haben kann, erwähnt Oppenheim in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten ein 16jähriges, blühendes, junges Mädchen, das beim Empfange einer Todesnachricht bewusstlos niederstürzte und mit den Zeichen einer Hirnblutung aus diesem Zustande erwachte. Auf die reaktive Hyperämie und Blutdrucksteigerung im Gehirn nach Strangulationsversuchen wird von den Autoren mehrfach hingewiesen. Vielleicht hat in unserem Falle die enorm stark beschleunigte Herztätigkeit dazu beigetragen den Druck in den Hirngefässen zu steigern. Zwei Stunden nach der Befreiung vom Strange wurden 160 Pulse in der Minute gezählt und zwei Stunden später noch 100. Man muss daran denken, dass der Vagus bei der Strangulation vorübergehend paretisch geworden war. Kompe (l. c.) sah bei seinem

Falle eine Herabminderung der Pulsfrequenz auf 30—35 in der Minute und führt diese Erscheinung auf eine Läsion (Reizung) des Vagus zurück. Bei unserem Falle bestand unmittelbar nach dem Erhängungsversuch eine bedeutende Stauung in den Hirngefässen, der äussere Ausdruck dafür waren die cyanotische Verfärbung des Gesichts und die Blutaustritte im Gesicht und unter der Conjunctiva bulbi. Die Erklärung dafür ist vielleicht in der etwas atypischen Lage des Stranges zu suchen; wenigstens kann man daraus, dass die Strangulationsmarke an der rechten Seite des Halses nur bis zum M. sternocleidomastoideus zu verfolgen, sonst aber sehr deutlich war, entnehmen, dass die rechte Carotis weniger oder wenigstens langsamer komprimiert wurde als die linke, so dass die Möglichkeit einer beschränkten Blutzufuhr nach der rechten Gehirnhälfte noch einige Zeit nach der Suspension gegeben war. Man müsste dann nicht eine Anämie, sondern eine venöse Hyperämie des Gehirns annehmen, die nach Freigabe der Zirkulation und Einsetzen der Herztätigkeit zu weiterer Stauung und erheblicher Blutdrucksteigerung in den Gefässen bis in die Kapillaren hinein führen musste. Damit würde die Entstehung der Blutung in die Rinde der Zentralwindungen erklärlich und ihr aetiologischer Zusammenhang mit dem Strangulationsversuch selbst dargetan. — Die Blutung ist sicher nicht vor dem Erhängungsversuch eingetreten, denn die Kranke hätte niemals mit der linken Hand allein in der Zeit, wo sie ohne Aufsicht war, die Schlinge durch die Ringe ziehen und sich umlegen können. M. E. ist als Zeitpunkt des Eintritts des Blutergusses der Augenblick anzusehen, wo die Bewegungsautomatismen plötzlich aufhörten und von neuem ein comatöser Zustand einsetzte. Ein collapsartiger Zustand begleitet oft den apoplektischen Insult und ein Unterschied in den Bewegungen der rechten und linken Extremität war bis

dahin nicht beobachtet worden. Die während der motorischen Unruhe beobachtete Neigung sich nach rechts zu rollen, spricht dafür, dass der Reizzustand der beiden Hemisphären nicht gleich war, dass die Ernährungsstörung der linken Hirnhälfte intensiver war als die der rechten, ein Umstand, der auch auf die asymmetrische Unterbindung der Carotiden zurückzuführen wäre. —

Das Eintreten schwerer nervöser Störungen (selbst Erweichungen) nach einseitiger Ligatur der Carotis hat Pilz (Langenbecks Archiv Bd. IX) nachgewiesen (zitiert nach Wagner und Kompe). Experimentell hat Ignatowsky (22) bei strangulierten Tieren an Trepanationsöffnungen ein Hervorquellen des Gehirns und venöse Hyperämie festgestellt. Hirnblutungen als Folgeerscheinungen eines Erhängungsversuches scheinen selten zu sein. In der bisher erwähnten Literatur erwähnt nur Wagner einen hierher gehörigen Fall Petrina's (Prager med. Wochenschr. 1880, No. 39): Ein 57jähriger Mann unternahm einen Erhängungsversuch, nach dem die Bewusstlosigkeit bis zum nächsten Tage anhielt und gleichzeitig leichte klonische Krämpfe auftraten. Nach wiedererlangtem Bewusstsein bildete sich eine rechtsseitige Facialisparalyse und eine linksseitige Rumpflähmung aus. Es wird ein Bluterguss in die Brücke angenommen. Hofmann sagt in seinem Lehrbuch (1893, S. 515): „Vielleicht sind kapilläre Hämorrhagien im Gehirn Erstickter nicht gar selten. Im Streifenhügel des gehängten Präsidentenmörders Guiteau wurden solche gefunden". Von einer auffallend grossen Blutung berichtet Reuter (23): Ein etwa 40 Jahre alter Mann hatte sich in etwas atypischer Weise erhängt. Er wurde mit dem Rücken auf einer sanft geneigten Wiesenlehne aufliegend gefunden. Die Schlinge war knapp hinter dem rechten Ohr geschlossen und in einer Entfernung von etwa 1 Meter an einem dürren dünnen Ast be-

festigt. Nach Durchschneiden des Strickes blieb die Leiche in der ursprünglichen Lage, rutschte über die Lehne nicht herab. — Bei der Obduktion fand sich ein 3 cm langer und $2^1/_2$ cm breiter frischer Blutungsherd im rechten Linsenkern. Dass es sich um eine während der Strangulation entstandene Blutung handelt, schliesst Reuter aus dem Lokalbefunde und aus der vorhandenen intensiven Stauung im Gehirn, die durch die jedenfalls langsame Zuschnürung unterstützt war; ausserdem aus der Beschaffenheit des Blutes und dem Befund der Wandungen des Herdes. — In einem zweiten Falle von atypischem Erhängen konnte Reuter im weissen Marklager und den grossen Ganglien des sehr blutreichen Gehirns vereinzelte kleinste nicht abspülbare Blutaustretungen konstatieren.

Die Amnesie ist das konstanteste der nach Strangulationsversuchen zu beobachtenden Symptome; sie scheint nur zu fehlen, wenn die Suspension so kurze Zeit dauerte, dass es zu keinem Erlöschen des Bewusstseins kommt, wie beim ersten Versuch des 5. Fall Wollenberg's. Sie ist auch in unserem Falle sehr ausgesprochen und, wie meistens, retroactiv. Der Kranken fehlt nicht nur die Erinnerung an den Suicidversuch, sondern auch an weiter zurück liegende Vorgänge z. B. an das Ritzen der Bauchhaut in selbstmörderischer Absicht, an die Briefe an die Scharfrichter usw. Im ganzen umfasst die retrograde Amnesie bei Frau Z im Anfang etwa 8 Tage. Sie zeigt die vielfach von den Autoren erwähnte Neigung sich spontan zurückzubilden, so dass allmählich Erinnerungen an Einzelheiten aus der von der Amnesie gedeckten Zeit auftauchen und schliesslich, etwa 5 Wochen nach dem Conamen suicidii, sich der Erinnerungsdefekt auf dieses selbst, sowie auf die Absicht und die Vorbereitungen dazu erstreckt. Isoliert fehlt noch die Erinnerung an den zweiten Scharfrichterbrief. Wie andere, so macht auch unsere Kranke charakteristische

Versuche den Erinnerungsausfall durch Vermutungen zu verdecken: die Strangulationsmarke erklärt sie durch Reibung der Nachtjacke entstanden, die Lähmung durch Ueberfahrenwerden und ähnliches. — Auch die anterograde Form der Amnesie ist angedeutet: am Tage nach dem Tentamen glaubt die Kranke mit Bezug auf den gelähmten Arm sie sei überfahren worden, am nächsten Tage weiss sie nichts mehr davon, bringt vielmehr eine andere Erklärung vor. Ebenso ist es mit den Wunden an den Beinen, die sie am 26. für Brandwunden hält, am 27. weiss sie nichts mehr von dieser Angabe. An demselben Tage kann sie auch nicht sagen, was sie Tags vorher gegessen. Die anterograde Amnesie verläuft hier unter dem Bilde der herabgesetzten Merkfähigkeit und umfasst nur einen Tag.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Direktor Dr. Petersen-Borstel für die Ueberlassung des beschriebenen Falles meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie 1904. S. 463 ff.
2. Wagner, „Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Zentralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden.“ Jahrbüch. für Psych. 1889 VIII. S. 313 ff.
3. De Wolf, Rep. of the Nora Scotio Hospital for the Insane for 1875. Refer. Allg. Zeitschr. f. Psych. 34. Bd. 1878. S. 639.
4. Lührmann, „Ueber Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter.“ Allg. Zeitschr. f. Psych. 52. Bd. 1896. S. 185.
5. Alter, „Zur Pathogenese der Krankheitserscheinungen bei wiederbelebten Erhängten.“ Monatsschritt für Psych. und Neur. Bd. XIV. 1903. S. 17 ff.
6. Wagner und Möbius, Münch. med. Wochenschr. 1892 No. 36, 1893 No. 5, 7, 10.
7. Brackmann, „Ueber Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation.“ Neurol. Zent.-Bl. 1896 No. 12.
8. Haberda und Reiner, „Ueber die Ursachen des raschen Eintritts der Bewusstlosigkeit bei Erhängten.“ Vierteljahrsschrift f. ger. Med. XIII. 1897 S. 155 und Viert. Schr. für ger. Med. III. 1894. S. 131.
9. Paul, „Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie.“ Arch. f. Psych. 32. Bd. S. 251 ff.
10. Wollenberg, „Ueber gewisse psychische Störungen nach Selbstmordversuchen durch Erhängen.“ Sonderabdruck aus der Festschrift der Prov. Irren-Anstalt Nietleben. Leipzig 1895.
11. Derselbe, „Weitere Bemerkungen über die bei wiederbelebten Erhängten auftretenden Krankheitserscheinungen.“ Arch. für Psych. 31. Bd. S. 241. 1899.
12. Seydel, „Ueber die Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Suspension und Strangulation und deren gerichtsärztliche Bedeutung.“ Viertelj. Schr. für ger. Med. VIII. Bd. 1894. S. 89 ff.

13 Pontoppidan, „Retrograd Amnesi efter Suspension“ Hosp. Tid. 1896. 4 R. IV, 50. Refer. Neur. Zentr.-Bl. 1898. S. 84.
14. Boedeker, „Ueber einen Fall von retro-anterograder Amnesie nach Selbstmordversuch durch Erhängen.“ Berl. Gesellsch. f. Psych. und Nervenkrankheiten. Sitzung vom 13. 5. 1895. Neur. Z.-Bl. 1895. S. 517.
15. Butakow, „Amnesie nach einem Versuche sich zu erhängen.“ Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII. H. 2. Refer. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 48. S. 226.
16. Kompe, „Zur Beurteilung der Convulsionen nach Wiederbelebung Erhängter. Neur. Zentr.-Bl. 1897. S. 312 ff.
17. Sommer, „Zur Kenntnis der amnestischen Störungen nach Strangulationsversuchen.“ Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XIV. 1903. S. 221 ff.
18. Brie, „Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch.“ Zentr.-Bl. f. Neur. u. Psych. 1904 N. 174 S. 480.
19. Hess, „Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma.“ Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 1904. Heft 4. S. 241 ff.
20. Kreuser, „Beobachtungen und Bemerkungen über retrograde Amnesie.“ Allg. Zeitschr. f. Psych. 61. Bd. 3. Heft. S. 390 ff.
21. Flechsig, „Gehirn und Seele“ 1896. 2. Aufl. Anmerk. 6.
22. Ignatowsky, „Zur Frage nach der Ursache des Todes beim Erhängen.“ Vierteljahrsschr. für ger. Med. Bd. VI. 1893. S. 251 ff.
23. Reuter, „Gehirnblutung bei einem Erhängten.“ Viertelj. Schr. für ger. Med. XXIV. Bd. 1902. S. 300 ff.

Lebenslauf.

Friedrich Seemann wurde am 11. März 1873 zu Pawlowitzke in Schlesien als Sohn des Postbeamten Wilhelm Seemann geboren. Er besuchte 6 Jahre das Progymnasium zu Cosel O.-S. und 3 Jahre das Gymnasium zu Neustadt O.-S. Nachdem er Ostern 1893 das Reifezeugnis erhalten, studierte er in Greifswald und Berlin Medizin und bestand am 26. Juni 1899 in Greifswald das medizinische Staatsexamen. Er assistierte danach mehrfach in der allgemeinen ärztlichen Praxis und ist seit 1. Mai 1903 Assistent an der Provinzial-Irrenanstalt Plagwitz in Schlesien.